

Anschrift der Krankenkasse

## Antrag auf Kostenerstattung für

- präventive Ernährungsberatung nach § 20 Abs. 1 SGB V  
 ernährungstherapeutische Beratung nach § 43 Abs. 2 SGB V

Name, Vorname  
(des Versicherten)

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

Versichertennummer

\_\_\_\_\_

Ich beantrage Kostenerstattung für oben genannte Leistung durch:

mobile Ernährungsberatung  
Irina Orgina  
Dipl. Oecotrophologin, VDOE-Expertenpool  
Möllmannsweg 49  
48161 Münster

Die ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung/Überweisung und der Kostenvoranschlag liegen bei.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Raum für Vermerke der Krankenkassen

Die ernährungstherapeutische Beratung wird in folgendem Umfang gewährt: